# Die Erfolge der vaginalen Totalexstirpation bei Prolaps des Uterus und der Scheide.

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

vorgelegt von

Theodor Löblein
Medizinalpraktikant
aus Staffelstein.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Tag der mündlichen Prüfung: 27. Januar 1910.

NÜRNBERG 1910.
Gedruckt bei Benedikt Hilz.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät.

Referent: Herr Professor Dr. JUNG.

Dekan: Herr Professor Dr. SPECHT.

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543504_0145

Ungeachtet aller Bestrebungen der modernen Geburtshilfe durch möglichst günstige Gestaltung von Geburt und Wochenbett die Lageveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane so viel als irgend möglich zu vermeiden, bilden doch heute noch die Prolapse des Uterus und der Scheide die häufigsten Frauenleiden, besonders in den Kreisen der arbeitenden Bevölkerung. So kommt der Frauenarzt sehr oft in die Lage, dieses Leiden behandeln zu müssen und zahlreich sind die therapeutischen Vorschläge, die hiezu gemacht worden sind. Die früher im Vordergrund stehende Behandlung mit Pessarien aller möglichen Formen und Größen ist in der neueren Zeit wesentlich zurückgetreten, weil die Erfahrung gelehrt hat, daß durch die Pessarien ein Prolaps zwar temporär gebessert, aber kaum jemals dauernd geheilt werden kann. Im Gegenteil durch das Einlegen immer größerer Ringe wird die Scheide mehr und mehr ausgedehnt und das Übel eher verschlimmert, als gebessert. So kommt es, daß man heute die Pessartherapie nur dann anwendet, wenn andere Verfahren ausgeschlossen sind, zum Beispiel bei alten, sehr gebrechlichen Frauen, bei Lungen- oder Herzleiden oder bei solchen, die sich grundsätzlich jeder Operation entziehen.

Die einzige zielbewußte Behandlung der Prolapse ist heutzutage die operative, zumal da sie bei der heutigen Ausbildung der Asepsis wesentliche Lebensgebahren nicht mehr mit sich bringt.

Die Prinzipien, die bis heute bei den Operationsmethoden der Prolapse gelten, sind im wesentlichen zwei: 1. Die Lagekorrektur des Uterus, der ja meistens retroflektiert in der Beckenachse liegt und so durch den Druck der Bauchpresse leicht aus dem Becken herausgedrückt werden kann; 2. Verengerung der Scheide durch plastische Operation, welche vor allen Dingen einen gründlichen Aufbau des Dammes haben muß.

Die Methoden der Lagekorrektur des Uterus lassen sich im wesentlichen in 3 Abteilungen trennen: a) die verschiedenen Methoden der Ventrifixur; b) die verschiedenen Methoden der Vaginifixur und c) die sehr zahlreichen Verfahren, welche durch die Verkürzung der Ligamenta rotunda die Lage des Uterus verbessern wollen. Alle diese Methoden sind von den verschiedensten Operateuren in ausgiebigstem Maße geübt worden und haben gemeinsam, daß die primären Resultate im allgemeinen gute sind, die Mortalität eine sehr geringe ist. Weniger günstig steht es mit den Dauerresultaten bei diesen Operationen. Bei späterer Nachuntersuchung hat sich herausgestellt, daß in einer verhältnismäßig großen Zahl von Fällen Rezidive eintreten, und zwar am meisten bei den Verkürzungen der Ligamenta rotunda, am wenigsten bei der Ventrifixur, während die Vaginifixur in der Mitte steht. In den Verhandlungen auf dem Gynäkologen-Kongreß zu Würzburg 1903 sind die Resultate in den Referaten von A. Martin und Küster niedergelegt. Es hat sich herausgestellt, daß Rezidive um so seltener sind, je weniger vorgeschritten das Prolapsleiden zur Zeit der Operation war, ferner je weniger Geburten die Frauen nach der Operation durchgemacht haben. Als für die

Heilung hauptsächlich wichtig muß eine möglichst vollständige Raffung der herabgesunkenen Blase, sowie der Aufbau eines hohen und dicken Dammes angesehen werden, da diese Teile besonders dazu neigen, später wieder herunterzusinken, während der Uterus verhältnismäßig selten aus seiner durch die Fixation herbeigeführten richtigen Lage abweicht. Besonders befürchtigend auf den Eintritt von Rezidiven wirken spätere Geburten. Sie zerstören oft völlig das Operationsresultat.

Am schwierigsten ist jedenfalls die Herstellung einer dauerhaften Blasenraffung. Die bei großen Prolapsen so gut wie immer vorhandene Cystocele kehrt sehr häufig durch Dehnung der Narbe der vorderen Scheidenwand wieder und vereitelt so den Operationserfolg. Um diesem Mißstand zu begegnen, haben Schauta und Wertheim annähernd gleichzeitig ein Verfahren beschrieben, bei welchem die Blase vom Uterus abgelöst und hinter das Peritoneum der Excavatio rectouterina angenäht wird, während der Uteruskörper selbst als Pelotte zwischen vordere Scheidewand und Blase eingeschaltet wird und so die letztere auf seinem Rücken trägt. Notwendig ist bei diesem Verfahren das Verhindern weiterer Schwangerschaften durch Tubensterilisation. Diese Operation soll, da sich der so fixierte Uterus nicht nach oben entwickeln kann, nach vielen Berichten verhältnismäßig gute Resultate geben.

Auch bei dieser Methode sind Rezidive nicht ausgeblieben. Es kommt vor, daß das Gewebe im Becken so schlaff ist, daß die Teile überhaupt keinen Halt mehr haben und daß der zwischen Scheide und Blase eingenähte Uterus samt

seinen Nachbarorganen wieder aus dem Becken herausfällt und dann von neuem ein Totalprolaps entsteht. Da es wahrscheinlich ist, daß der Uterus in diesem Falle gewissermaßen als Keil wirkt, welcher von oben her durch die Bauchpresse in die Scheide hineingetrieben wird und dieselbe trotz ihrer Operation von neuem dehnt, so lag es nahe, den Uterus ganz zu entfernen und auf diese Weise seinen ungünstigen Einfluß ganz auszuschalten. Die ersten auf diesem Wege unternommenen Versuche von Fritsch und A. Martin, bei welchen außer dem Uterus auch die Scheide selbst ganz entfernt wurde, haben keine guten Resultate erzielt, indem sich aus der Vulva die Reste der Scheidenwände herausdrängten und so schließlich eine Hernie entstand, deren Inhalt Darmschlingen bildeten, welche beim Sitzen die Frauen hochgradig belästigte. Es wurde deshalb dies Verfahren allgemein wieder verlassen.

Dagegen blieb der Gedanke an die Entfernung des Uterus doch bestehen, nur exstirpierte man dabei nicht die ganze Scheide, sondern ließ sie zum großen Teil zurück, indem man sie nur durch ausgiebige Plastik verengte und dabei besonders auf den Aufbau eines hohen und dicken Dammes durch Vernähung der beiden Schenkel des Levator ani Wert legte. Um die Scheide nach oben hin zu befestigen, wurde das Scheidengewölbe beiderseits an die Stümpfe der Adnexe angenäht, um so durch deren Zug die Scheide nach oben festzuhalten.

Dieses Verfahren wurde zuerst in ausgedehntem Maße von Bumm geübt, welcher über gute Resultate berichtete. Anderseits aber wurde von vielen Seiten dieses Verfahren wieder angegriffen und behauptet, es gebe schlechtere Resultate als das Verfahren nach Schauta-Wertheim.

Es sei mir gestattet, in der folgenden Arbeit über 35 Fälle zu berichten, welche vom 1. IV. 1908 bis 12. I. 1910 in der kgl. Frauenklinik zu Erlangen nach dieser Methode operiert wurden. Ich lasse zunächst auszugsweise die Krankengeschichten folgen:

1. 60jährige Frau mit 3 Spontangeburten. Seit 14 Jahren in der Menopause. Letzte Geburt vor 26 Jahren. Vorfall seit 8 Jahren. Hat nie Pessar getragen.

Gyn. Befund: Aus der klaffenden Vulva hängt ein wurstförmiger Tumor, der aus der vollständig prolabierten vorderen und einem Teil der hinteren Vaginalwand besteht. Auf der Kuppe der quere Muttermund, an der hinteren Lippe ein 10-Pfennigstückgroßes Ulcus. Cystocele, keine Rektocele. Totalprolaps.

Operationsdatum: 25. IV. 08. Weiterer Verlauf gut.

Entlassungstag: 25. VI. 08.

Wurde geheilt entlassen; ist dreiviertel Jahr nachher an Lungenphtise gestorben.

2. 53jährige Frau; 5 Spontangeburten, vor 25 Jahren spontane Fehlgeburt, letzter Partus vor 15 Jahren. Menopause seit 7 Jahren. Vorfall seit 2 Jahren.

Gyn. Befund: Aus der Vulva ragt ein ca. gänseeigroßer Tumor; besteht aus beiden Vaginalwänden. Kuppe Portio mit 3 bohnengroßen Erosionen. Cystocele, keine Rektocele. Vollständiger Prolaps.

Operation am 7. V. 08. Weiterer Verlauf gut.

Entlassung: 26. V. 08 als geheilt.

Nachuntersuchung: Gutes Resultat, verrichtet leichte Arbeit.

3. Frau von 42 Jahren mit 2 Geburten und 2 Fehlgeburten, alle spontan. Letzte Fehlgeburt vor 11 Jahren, letzte Geburt vor 9 Jahren. Vorfall seit 1 Jahr.

Gyn. Befund: Vor der Vulva ein kindskopfgroßer Tumor, bestehend aus beiden Scheidenwänden. Cystocele, Rektocele. Umgebung der Portio stark erodiert.

Operation: 21. V. 08. Weiterer Verlauf gut.

Entlassung: 13. VI. 08 als geheilt.

Nachuntersuchung: Gutes Resultat, 60 Pfund Gewichtszunahme, arbeitet wie früher.

4. Frau ist 44 Jahre alt, 2 Spontangeburten. Im 1. Wochenbett Febris. Letzte Geburt vor 19 Jahren. Vorfall seit 4 Jahren. Trug ein Pessar 14 Tage lang, hielt nicht.

Gyn. Befund: In der klaffenden Vulva hühnereigroßer Tumor, der aus den 2 Vaginalwänden besteht. Portio am Introitus; Cystocele. Vollständiger Prolaps.

Operation am 22. V. 08. Weiterer Verlauf ohne Störung.

Entlassen am 9. VI. 08 als geheilt.

Nachuntersuchung: Tiefertreten der beiden Scheidenwände, werden in der Vulva sichtbar. Beschwerden beim Urinieren; besteht Cystocele.

5. 52jährige Frau, 2 spontane Partus, letzter vor 27 Jahren. Seit 4 Jahren in der Menopause. Vorfall seit 5 Jahren.

Gyn. Befund: Damm 2 cm hoch. Vor der Vulva faustgroßer, aus beiden Scheidenwänden bestehender Tumor. Kuppe Portio. An der

Hinterfläche dreimarkstückgroßes Ulcus. Cystocele, Rektocele. Vollständiger Prolaps.
Operation am 26. V. 08. Weiterer Verlauf gut.
Entlassen am 16. VI. 08. Ödeme der Beine, Urin enthält Albumen.
Teilt mit, daß Geschlechtsteile in Ordnung seien, nur habe sie geschwollene Beine.

6. Frau von 56 Jahren, 6 Spontangeburten, letzte vor 11 Jahren, seit 7 Jahren Menopause, seit 6 Jahren Prolaps.
Gyn. Befund: Vor der Vulva faustgroßer Tumor. Portio Kuppe.
Operation am 3. VI. 08. Weiterer Verlauf gut.
Entlassen am 24. VI. 08 als geheilt.
Nachuntersuchung: Gutes Resultat.

7. 60jährige Frau mit 6 Spontangeburten, letzte vor 26 Jahren. Seit 12 Jahren Menopause. Seit 3 Jahren Vorfall, trägt Pessar.
Gyn. Befund: Vulva klafft, beim Pressen tritt hühnereigroßer Tumor hervor. Besteht aus beiden Scheidenwänden. Unvollständiger Prolaps.
Operation: 7. VII. 08. Weiterer Verlauf ohne Besonderheiten.
Entlassen am 24. VII. 08 als geheilt.
Teilt mit, daß es ihr gut gehe.

8. Frau ist 60 Jahre alt, 11 Spontangeburten. Seit 14 Jahren Menopause. Vorfall seit 5 Jahren.
Gyn. Befund: Vor der Vulva gänseeigroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden. Kuppe Portio. Damm 2 cm hoch, vernarbter Dammriß. Vollständiger Prolaps.

Operation am 10. X. 08. Weiterer Verlauf gut.

Entlassung am 29. X. 08 als geheilt.

Nachuntersuchung: Frau ist beschwerdefrei; arbeitet wie früher. Auf Pressen wölbt sich vordere Vaginalwand ganz wenig vor.

9. 42jährige Frau, 3 spontane Partus und eine Fehlgeburt. (1902). Febris nach der 1. Geburt Letzte 1906. Vorfall seit 1906.

Gyn. Befund: In der klaffenden Vulva orangegroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden mit der plumpen Portio, an ihr 2 Ulcera. Cystocele, Rektocele. Unvollständiger Prolaps.

Operation am 3. XI. 08. Weiterer Verlauf gut.

Entlassung am 16. XI. 08 als geheilt.

Nachuntersuchung: Auf Pressen wird die vordere und hintere Scheidenwand in der Vulva sichtbar. Tumor hühnereigroß. Leichte Ausfallserscheinungen. Bei anstrengender Arbeit Kreuzschmerzen.

10. 40jährige Frau; 6 Geburten, 2 totgeborne Kinder, 1 Zangengeburt. Febris im 3. Puerperium. Seit 7 Monaten Vorfall.

Gyn. Befund: Vor der Vulva ein gänseeigroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden. Kuppe Portio, an der vorderen Lippe einmarkstückgroßes Ulcus. Cystocele. Vollständiger Prolaps.

Operation am 6. XI. 08. Weiterer Verlauf gut.

Entlassen geheilt am 20. XI. 08.

Teilt mit, daß es ihr gut geht, arbeitet, leichte Ausfallserscheinungen.

11. 60jährige Frau mit 3 Spontangeburten, letzte vor 23 Jahren, 2 Frühgeburten, letzte vor 29 Jahren. Seit 15 Jahren in der Menopause. Seit 26 Jahren im Anschluß an eine Geburt Vorfall. Trug zeitweise Ringe.

Gyn. Befund: In der weit klaffenden Vulva faustgroßer ovaler Tumor aus den Scheidenwänden. Kuppe Portio, Cystocele, Rektocele.

Operation am 15. XI. 08. Weiterer Verlauf gut.
Entlassen geheilt am 7. XII. 08.
Nachuntersuchung: Gutes Resultat, arbeitet alles.

12. Frau von 41 Jahren, 7 Geburten: 4 spontan, 2 Zangenextraktionen, 1 Wendung wegen Querlage. Letzter Partus vor ½ Jahr. Leichter Vorfall schon nach der ersten Geburt 1898, wurde immer größer, starker Vorfall seit der letzten Geburt.

Gyn. Befund: Vor der Vulva straußeneigroßer Tumor aus beiden Vaginalwänden, Kuppe Portio, Cystocele, Rektocele. Vollständiger Prolaps.

Operation am 21. XII. 08. Weiterer Verlauf gut.
Entlassen geheilt am 12. I. 09.

Teilt mit, daß es ihr gut geht, hat Ausfallserscheinungen, verrichtet ihre Arbeit.

13. 64jährige Frau mit 2 Spontangeburten, letzte vor 21 Jahren, 1 Fehlgeburt vor 20 Jahren. Seit 17 Jahren in der Menopause, Vorfall seit 6 Jahren. Trug zeitweise Ringe.

Gyn. Befund: Hühnereigroßer Tumor in der Vulva aus beiden Scheidenwänden. Cystocele.

Operation am 8. I. 09. Weiterer Verlauf gut.
Entlassen geheilt am 28. I. 09.
Nachuntersuchung: Gutes Resultat, arbeitet alles.

14. Frau ist 59 Jahre alt. 5 Partus: 1. spontan, 2. Querlage (totgeboren), 3. spontan, totgeboren; 4. und 5. Spontangeburt. Vor 18 Jahren als letztes eine Fehlgeburt. Menopause seit 14 Jahren. Prolaps seit 22 Jahren, Ringe hielten nicht.

Gyn. Befund: Vor der Vulva gänseeigroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden und Portio. Cystocele, Rektocele, vollständiger Prolaps.

Operation: 29. I. 09. Weiterer Verlauf gut.

Entlassen geheilt am 24. II. 09.

Psychiater teilt mit, daß die Frau körperlich gesund ist, jedoch an Melancholie leidet.

15. 47jährige Frau mit 5 Spontangeburten, letzte vor 7 Jahren. Seit 10 Jahren Vorfall.

Gyn. Befund: In der Vulva hühnereigroßer Tumor aus beiden Wänden und Portio. Geringe Cystocele. Unvollständiger Prolaps.

Operation am 30. I. 09. Weiterer Verlauf gut.

Entlassen geheilt am 20. II. 09.

Nachuntersuchung: Gutes Resultat.

16. 46jährige Frau mit 9 Spontangeburten, 1 Zangengeburt als letzte vor 5 Jahren. Prolaps seit 9 Jahren, trug zeitweise Ringe.

Gyn. Befund: In der klaffenden Vulva beide Scheidenwände mit Portio. Unvollständiger Prolaps.

Operation am 20. III. 09.

25 Tage nachher an Embolie gestorben.

17. 34jährige Frau mit 4 Spontangeburten, Prolaps seit 6 Jahren.

Gyn. Befund: Vor der Vulva faustgroßer Tumor aus beiden Scheidenwanden und Portio. Diese verschiedene Ulcera, Cystocele, leichte Rektocele. Vollständiger Prolaps.

Operation am 21. III. 09. Weiterer Verlauf gut. Entlassen geheilt am 10. IV. 09.

Teilt mit, daß wieder eine Geschwulst vor den Genitalien liege. Beschwerden beim Wasserlassen.

18. Frau von 57 Jahren, Spontangeburten 6. Menopause seit 6 Jahren. Prolaps seit 4 Jahren.

Gyn. Befund: Aus der Scheide ragt kindskopfgroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden und Portio. Cystocele, Rektocele. Vollständiger Prolaps.

Operation am 3. IV. 09. Weiterer Verlauf gut. Entlassen geheilt am 24. IV. 09.

Ist nach einem halben Jahr an unbekannter Krankheit gestorben. Genitalien sollen in Ordnung gewesen sein.

19. 60jährige Frau, ohne Geburten. Menopause seit 23 Jahren. Vorfall seit 8 Jahren, plötzlich herausgetreten.

Gyn. Befund: Vor der Vulva zweifaustgroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden. Portio ist Kuppe des Tumors. An der vorderen Lippe ulcus carcinomatosum.

Operation: 10. IV. 09.

Starb tags darauf an Collaps.

20. Frau ist 34 Jahre alt. Eine Spontangeburt vor 14 Jahren. Anschließend Prolaps seit 8 Jahren, Pessar hält nicht.

Gyn. Befund: Vor der Vulva faustgroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden und Portio.

Operation am 6. V. 09. Weiterer Verlauf gut.
Entlassen am 27. V. 09 als geheilt.
Nachuntersuchung: Gutes Resultat, schwerere Ausfallserscheinungen, arbeitet alles.

21. 42jährige Frau mit 7 spontanen Partus. Letzter vor 5 Jahren. Seit der ersten Geburt vor 10 Jahren Vorfall, der stärker wurde. Trug zeitweise Pessar.

Gyn. Befund: Beide Vaginalwände und Uterus descendiert. Unvollständiger Prolaps.

Operation am 10. V. 09. Weiterer Verlauf gut.
Geheilt entlassen 21. VI. 09.
Nachuntersuchung: Gutes Resultat, starke klimakterische Beschwerden.

22. Frau von 69 Jahren, 5 Spontangeburten, seit 22 Jahren Menopause. Seit 10 Jahren Vorfall, seit 3 Jahren Pessar, welches Schmerzen verursachte.

Gyn. Befund: Vulva klafft, Scheidenwände und Portio in ihr sichtbar.

Operation am 15. V. 09. Weiterer Verlauf gut.
Geheilt entlassen 6. VI. 09.
Nachuntersuchung: Gutes Resultat, verrichtet Feldarbeit.

23. 65jährige Frau mit 7 Spontangeburten. Seit 17 Jahren in der Menopause. Seit 3 Jahren Vorfall.

Gyn. Befund: Aus der Vulva ragen Scheidenwände und Portio hervor. Cystitis. Vollständiger Prolaps.

Operation am 22. V. 09. Weiterer Verlauf gut.
Geheilt entlassen 12. VI. 09.
Nachuntersuchung: Gutes Resultat.

24. 38jährige Frau. 3 Spontangeburten, letzte vor 9 Jahren, Prolaps seit 4 Jahren, Pessar erfolglos. 4. II. 09. Vaginifixur, vordere und hintere Kolporrhaphie, ohne Erfolg.

Gyn. Befund: Vor der Vulva vordere und hintere Scheidenwand und Portio. Vollständiger Prolaps.

Operation am 27. V. 09. Weiterer Verlauf gut.

Entlassen geheilt am 26. VI. 09.

Nachuntersuchung: Gutes Resultat, klimakterische Beschwerden. Bei schwerer Arbeit Kreuzschmerzen, schwere Ausfallserscheinungen.

25. Frau von 52 Jahren, 7 Spontangeburten, vorletzte war Zangenextraktion. Menopause seit 3½ Jahren.

Gyn. Befund: Vulva klafft, Descensus der vorderen Wand. Portio dicht vor dem Introitus. Cystitis. Unvollständiger Prolaps.

Operation am 30. V. 09. Wundheilung glatt.

Entlassen geheilt am 29. VI. 09.

Nachuntersuchung: Gutes Resultat. Klimakterische Beschwerden.

26. 62 Jahre alt, 9 spontane Partus, beim ersten Dammriß, nicht genäht, seitdem leichter Prolaps, trotz Pessar seit 4 Monaten Totalprolaps. Menopause seit 14 Jahren.

Gyn. Befund: Vagina total prolabiert, enthält den Uterus. Cystocele, Rektocele.

Operation: 3. VI. 09. Weiterer Verlauf gut.

Geheilt entlassen 24. VI. 09.

Nachuntersuchung: Ohne Beschwerden, beim Pressen wölbt sich vordere Vaginalwand ganz wenig vor.

27. 52jährige Frau, 1 Spontangeburt. Seitdem Vorfall. Trug zeitweise Pessar, in der Menopause seit 5 Jahren.
Gyn. Befund: In der Vulva vordere Scheidenwand mit Portio; ein Teil der hinteren Wand bleibt zurück.
Operation am 7. VI. 09.
Geheilt entlassen am 6. VII. 09.
Nachuntersuchung: Gutes Resultat, starke Libido.

28. Frau von 43 Jahren, 4 Spontangeburten, letzte vor 10 Jahren. Seit der 3. Geburt Prolaps. Pessar hielt nicht.
Gyn. Befund: Vor der Vulva kindskopfgroßer Tumor aus vorderer und hinterer Scheidenwand sowie Portio. Cystocele und Rektocele. Vollständiger Prolaps.
Operation am 12. VI. 09. Wundheilung gut.
Geheilt entlassen 2. VIII. 09.
Teilt mit, daß Geschlechtsteile in Ordnung seien, jedoch sei sie seit der Operation stark nervös.

29. Frau 43 Jahre alt, 1 Spontangeburt 1893. Prolaps seit ½ Jahr, der nach und nach größer wurde, trug kurze Zeit Ring, hielt aber nicht.
Gyn. Befund: Vor der Vulva gänseeigroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden, zwischen ihnen das verlängerte collum uteri. Cystocele, Rectocele.
Operation am 5. VIII. 09. Wundheilung glatt.
Am 28. VIII. 09 geheilt entlassen.

30. Frau 67 Jahre mit 5 Spontangeburten, letzte vor 25 Jahren. Seit 22 Jahren Menopause. Prolaps seit 8 Jahren, trug Pessar, hielt nicht mehr.
Gyn. Befund: Vor der Vulva kindskopfgroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden und Portio, Cystocele, Rektocele.
Operation am 5. IX. 09. Wundverlauf gut.
Am 7. X. 09 als geheilt entlassen.

31. 36jährige Frau mit 2 Geburten. Prolaps seit einigen Jahren. Am 18. I. 08 wurde deswegen Freund-Wertheimsche Operation ausgeführt. Am 18. II. 08 als geheilt entlassen. Prolapsrezidiv seit ungefähr 1 Jahr.
Gyn. Befund: Vor der Vulva klein-faustgroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden und Portio. Uterus gestreckt.
Operation 8. X. 09. Heilung glatt verlaufen.
Am 30.X. 09 geheilt entlassen.

32. 43jährige Frau, 5 Spontangeburten, letzte vor 5 Jahren. Prolaps seit 2 Jahren.
Gyn. Befund: Vulva klafft. Hintere Scheidenwand in der Vulva sichtbar, beim Pressen tritt auch vordere hervor. Levatorenspalt drei Finger breit, Muskeln ziemlich dürftig. Portio direkt hinter der Symphyse, sieht nach vorn. Corpus uteri retroflektiert.
Operation am 3. XI. 09.
Klagte tags nach der Operation über Schmerzen in der rechten Brustseite. Befund negativ. Temperatur 38,2, am nächsten Tag Schmerzen geringer, Temperatur 37,3; Wundheilung gut.
Am 20. XI. 09 Familienverhältnisse halber entlassen, Damm gut geheilt; Stumpf weich.

33. Frau 44 Jahre alt, 3 Spontangeburten, letzte vor 1 Jahr. Seit der 2. Geburt Senkung, seit der 3. Geburt Vorfall. Trägt seit 3 Jahren Ring, welcher den Vorfall zurückhielt, wurde vom Arzt entfernt, da er eingewachsen war.

Gyn. Befund: Beim Pressen tritt vordere und hintere Scheidenwand etwa zur Hälfte aus der Vulva hervor. Portio etwas vor der Spinallinie. Corpus klein, retrovertiert.

Operation am 20. XI. 09. Wundverlauf gut.

Am 9. XII. 09 geheilt entlassen.

34. 39jährige Frau mit 9 Geburten, alle sehr lange dauernd. 8. Geburt Zange. 9. Kind erstickte als Steißlage. Letzte Geburt vor 1 Jahr. Seit 4 Jahren Drängen nach unten; zu einem „Vorfall" sei es nie gekommen.

Gyn. Befund: Vor der klaffenden Vulva auf Pressen ein orangegroßer Tumor aus beiden Scheidenwänden. Portio direkt hinter dem Introitus. Corpus uteri retroflektiert.

Operation am 8. XII. 09. Wundheilung gut.

Am 30. XII. 09 als geheilt entlassen.

35. Frau 46 Jahre alt, 1. Geburt 1900. Querlage, Wendung, Kind tot. Beim Heben einer schweren Last will sie sich im Frühjahr 09 den Vorfall zugezogen haben, der dann größer wurde.

Gyn. Befund: Aus der Vulva hängt ein kindskopfgroßer Tumor hervor, der aus der totalinvertierten Scheide besteht. Am unteren Ende der Muttermund, links und rechts davon Ulcera. In dem hinteren Teile des Tumors fühlt man den retroflektierten Uterus und Adnexe. Cystocele, Rektocele.

Operation am 18. XII. 09. Wundheilung gut.

Am 21. XII. 09 wegen Angina auf septische Abteilung verlegt. Nach 4 Tagen Hals o. B. Temperatur normal.

Am 27. XII. 09. Drähte entfernt. Damm etwas ödematös, starker Fluor.

Jetzt Fluor gering; befindet sich noch in der Klinik.

Von diesen 35 Fällen sind 2 nach der Operation gestorben, die eine am 25. Tage nach der Operation an einer Lungenembolie, ohne daß auch nur die geringste Störung in der Wundheilung vorgegangen wäre. Die andere Patientin starb am Tage nach der Operation im Collaps. Die Sektion ergab ein völlig negatives Resultat, vor allen Dingen fehlte jegliche Spur einer Infektion. Auch die aus dem Blut eingelegten Kulturen blieben steril. Vielleicht ist für diesen Todesfall die Lumbalanästhesie anzuschuldigen?

2 andere Patientinnen sind nach den eingezogenen Erkundigungen in ihrer Heimat gestorben, die eine an Lungenphtise dreiviertel Jahr nach der Entlassung, die andere an einer nicht näher zu ermittelnden Krankheit ein halbes Jahr nach der Operation. Nach Mitteilung der betreffenden Ehemänner hatten diese beiden Frauen von Seiten der Genitalien keine Störungen mehr, sie dürfen also den geheilten zugezählt werden. Um ein richtiges Bild von den Dauerheilungen zu bekommen, wurden diejenigen Frauen, die vor dem 1. Juli 1909 operiert waren, brieflich zur Nachuntersuchung bestellt. Dabei handelte es sich um 24 Patientinnen, von denen sich 19 zur Nachuntersuchung ein-

fanden, während 5 sich auf briefliche Mitteilung beschränkten.

Über eine der 5 Frauen, über die wir brieflich Nachricht erhielten, ging uns vom leitenden Arzt einer Nervenanstalt folgende Mitteilung zu: Frau H. ist körperlich vollkommen gesund, 3 Monate nach Entlassung aus der Klinik wurde sie wegen schwerer Melancholie in die betreffende Anstalt eingeliefert. Zwei weitere Frauen teilen mit, daß sie seit der Operation gesund und von jeder Beschwerde frei seien, sie verrichten nach wie vor schwere Feldarbeit bezw. Hausarbeit. Über eine 4. Patientin berichtet der betreffende Arzt, daß das Operationsresultat durchaus günstig sei, nur sei die Patientin stark nervös. Eine weitere Patientin meldet, daß sie bezüglich der Geschlechtsorgane ganz gesund sei, nur habe sie seit einiger Zeit geschwollene Beine und könne deshalb nicht arbeiten. Eine 6. Frau endlich hat ein Rezidiv. Einige Wochen nach der Entlassung, solange sie nichts arbeitete, fühlte sie sich ganz wohl und beschwerdefrei, mit dem Beginn der Arbeit aber bekam sie wieder Drängen nach unten und häufiges Harnträufeln, auch dränge sich wieder, wie früher ein Teil der Scheide nach außen vor; dagegen habe sie keinerlei Schmerzen, über die sie früher klagen mußte.

Von den 19 Frauen, die sich zur Nachuntersuchung hier einfanden, zeigten 15 ein vollkommen normales Verhältnis der Genitalien. Die Vulva war geschlossen und auch beim Pressen drängte sich weder vordere noch hintere Scheidenwand vor. Der Damm ist hoch und dick. Dementsprechend bestanden auch keinerlei Beschwerden mehr.

Bei 4 Frauen war ein teilweises Rezidiv eingetreten. Zwei von ihnen waren vollkommen be-

schwerdefrei und hatten bei Rückenlage eine geschlossene Vulva, bei stärkerem Pressen jedoch wölbte sich die vordere Scheidenwand in geringer Ausdehnung vor. Trotz dieses Befundes dürften aber die beiden Patientinnen zu den geheilten zu rechnen sein.

Dieses gilt nicht von 2 anderen Frauen, bei denen gleichfalls in ruhiger Rückenlage die Vulva geschlossen war, bei denen sich jedoch bei starkem Pressen die vordere und hintere Scheidenwand in geringer Ausdehnung hervordrängten, ohne aber die Vulva zu überragen. Dem entsprechend klagten auch beide über Beschwerden beim Urinlassen. Bei einer bestand eine leichte Cystocele, bei keiner eine Rektocele.

14 von den geheilten Frauen verrichten ihre Arbeit wie vorher, die meisten Feldarbeit. 4 können leichte Feldarbeit gut tun, bei sehr großer Anstrengung verspüren sie leichte Kreuzschmerzen. Eine Frau, die gesund ist, arbeitet nur in ihrem Haushalt.

Starke klimakterische Beschwerden klagen 5, leichte 4 Patientinnen. Eine Frau klagt seit ihrer Entlassung über vermehrte Libido.

Eine Zusammenstellung der Resultate ergibt demnach 22 gute, das sind $^7/_8$, 3 schlechte Resultate, davon ein vollständiges Rezidiv. Vergleicht man dieses Ergebnis mit den sonst bei Prolaps erzielten Erfolgen, so läßt sich nicht bestreiten, daß diese Resultate im Ganzen recht günstige sind, zumal, wenn wir bedenken, daß es sich in allen diesen Fällen um sehr hochgradige Prolapse handelt, bei denen an und für sich die Prognose bezüglich der Dauerheilung eine nur bedingt gün-

stige ist und die mit den bisherigen Operationsmethoden eine große Zahl von Rezidiven zeigten. Die verhältnismäßig große Mortalität von 2 Fällen unter 35 ist einem unglücklichen Zufall zuzuschreiben, da eine Lungenembolie schließlich nach jedem Eingriff vorkommen kann.

Die Vorwürfe, die man dem Verfahren macht, sind besonders zwei. Der eine betrifft die durch die Wegnahme des Uterus bedingte Verstümmelung, der andere wird darin gesucht, daß durch die Wegnahme des Uterus das Scheidengewölbe seiner Hauptstütze beraubt werde. Was nun den ersten Vorwurf angeht, so ist dagegen einzuwenden, daß die größte Zahl der Operationen bei Frauen über 40 Jahre ausgeführt wurde, welche meistens zahlreiche Kinder hatten und bei welchen weitere Geburten nicht erwünscht waren. Es muß im Gegenteil als günstig bezeichnet werden, daß hier weitere Geburten unmöglich sind, sowie ferner, daß durch das künstlich herbeigeführte Klimakterium sehr bald eine Schrumpfung und damit dauernde Verengerung der Scheide eintritt. Ebenso wirkt günstig die meist im Klimakterium eintretende Adipositas, indem sie durch Fetteinlagerung das Beckenbindegewebe verstärkt. Auch bei der von anderer Seite jetzt zur Behandlung großer Prolapse warm empfohlenen Operation nach Schauta-Wertheim wird ja die Gebärmöglichkeit durch Tubensterilisation ausgeschlossen; also auch hier wird eine bedeutende Verstümmelung absichtlich herbeigeführt. Und was die Stützung des Scheidengewölbes durch den Uterus angeht, so beweisen die nicht seltenen Rezidive nach dieser Operation, daß auch diese Absicht in vielen Fällen nicht erreicht wird.

Was nun die Technik der Operation angeht, so wurde sie in der Erlanger Frauenklinik so ausgeführt, daß ein großes Oval aus der vorderen Scheidenwand ausgeschnitten und die seitlichen Schenkel dieses Schnittes gleich bis ins hintere Scheidengewölbe durchgeführt wurden. Nach Abschiebung der Blase wurde dann der Uterus unter Zurücklassung der Adnexe entfernt und unter sorgfältiger Raffung der Blase die vordere Kolporrhaphie vernäht. Dabei wurde besonderer Wert darauf gelegt, die beiden seitlichen Wände des Scheidengewölbes zu vereinen durch eine feste Naht mit den Stümpfen der zurückgelassenen Adnexe. Nach der später eintretenden Schrumpfung der Bänder wird das Scheidengewölbe gut nach oben gezogen. Dann wurde der Damm möglichst hoch aufgebaut, meist nach den Verfahren nach Hegar, in manchen Fällen auch nach A. Martin. Dabei wurde stets der Levator ani durch eine Reihe von kräftigen versenkten Nähten wieder aneinander gelagert und es ist so schon von jeher von uns das Verfahren geübt worden, welches in neuerer Zeit Heidenhain wieder besonders empfohlen hat. Als Resultate der Operation bei der Entlassung aus der Klinik ergibt sich stets ein hoher Damm und eine für einen Finger eben durchgängige lange Scheide. Auf letzteren Umstand dürfte ein besonderer Wert zu legen sein, da diese lange enge Scheide naturgemäß viel weniger zu erneuter Umstülpung geneigt ist, als eine kurze Scheide, wie sie sich bei einer Operation nach Schauta-Wertheim ergibt. Als Nahtmaterial wurde durchwegs Jodgatgut verwendet, nur die äußeren Nähte am Damm wurden mit Aluminiumbronzedraht bewirkt, die letztere Naht wurde am 9. oder 10. Tage ent-

fernt. Die Heilung war fast stets eine ungestörte. Die Patientinnen konnten am 10. Tage das Bett verlassen. Die Ausführung der Operation selbst ist bei einigermaßen ausgebildeter Operationstechnik ohne jegliche Schwierigkeit, da bei der Weite der Teile alles gut zugänglich ist.

Fassen wir die Resultate zusammen, so können wir sagen, daß sich die vaginale Totalexstirpation des Uterus mit Verengerung der Scheide zur Behandlung ausgedehnter Prolapse alter Frauen nach unserer Erfahrung gut bewährt hat, und daß sie berufen erscheint, einen bedeutenden Platz in der Behandlung großer Prolapse älterer Frauen einzunehmen.

Zum Schluße sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. Jung für Übernahme des Referates geziemend zu danken.

# Literatur.

Döderlein-Krönig: Operative Gynäkologie.
Hofmeier: Frauenkrankheiten.
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.
Schröder: Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.
Schauta: Lehrbuch der gesamten Gynäkologie.

# Lebenslauf.

Ich, Theodor Löblein, bin geboren am 13. November 1881 als der Sohn der Volksschullehrerseheleute Georg Löblein und Babette Löblein, geb. Gagel, zu Großdechsendorf in Oberfranken. Die Volksschule besuchte ich zu Staffelstein. Am alten Gymnasium zu Bamberg machte ich die ersten sieben Klassen durch, dann siedelte ich an das Gymnasium zu Münnerstadt über, wo ich die letzten zwei Klassen besuchte und im Juli 1902 das Reifezeugnis erlangte. Im Wintersemester 1902/03 bezog ich die technische Hochschule zu München, wo ich der allgemeinen Abteilung angehörte. Im Sommersemester 1903 wandte ich mich zu München dem Studium der Medizin zu. In München blieb ich nur ein Semester. Im Wintersemester 1903/04 ging ich an die kgl. Universität zu Erlangen, wo ich bis zum Abschluß meines Studiums verweilte. Die ärztliche Vorprüfung vollendete ich Ende des Sommersemesters 1906; das medizinische Staatsexamen begann ich am 18. Oktober 1908 und beendete es am 23. Dezember 1908. Am 9. Januar 1909 begann ich mein praktisches Jahr auf der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Graudenz (Westpreußen), wo ich bis 1. Juli 1909

blieb. Von da ab bis zum 1. November war ich am allgemeinen Krankenhause zu Sonneberg (Sachsen-Meiningen) tätig. Den Rest des praktischen Jahres verbrachte ich auf der septisch-konservativen Abteilung der kgl. Universitätsfrauenklinik zu Erlangen. Beim Militär habe ich nicht gedient.